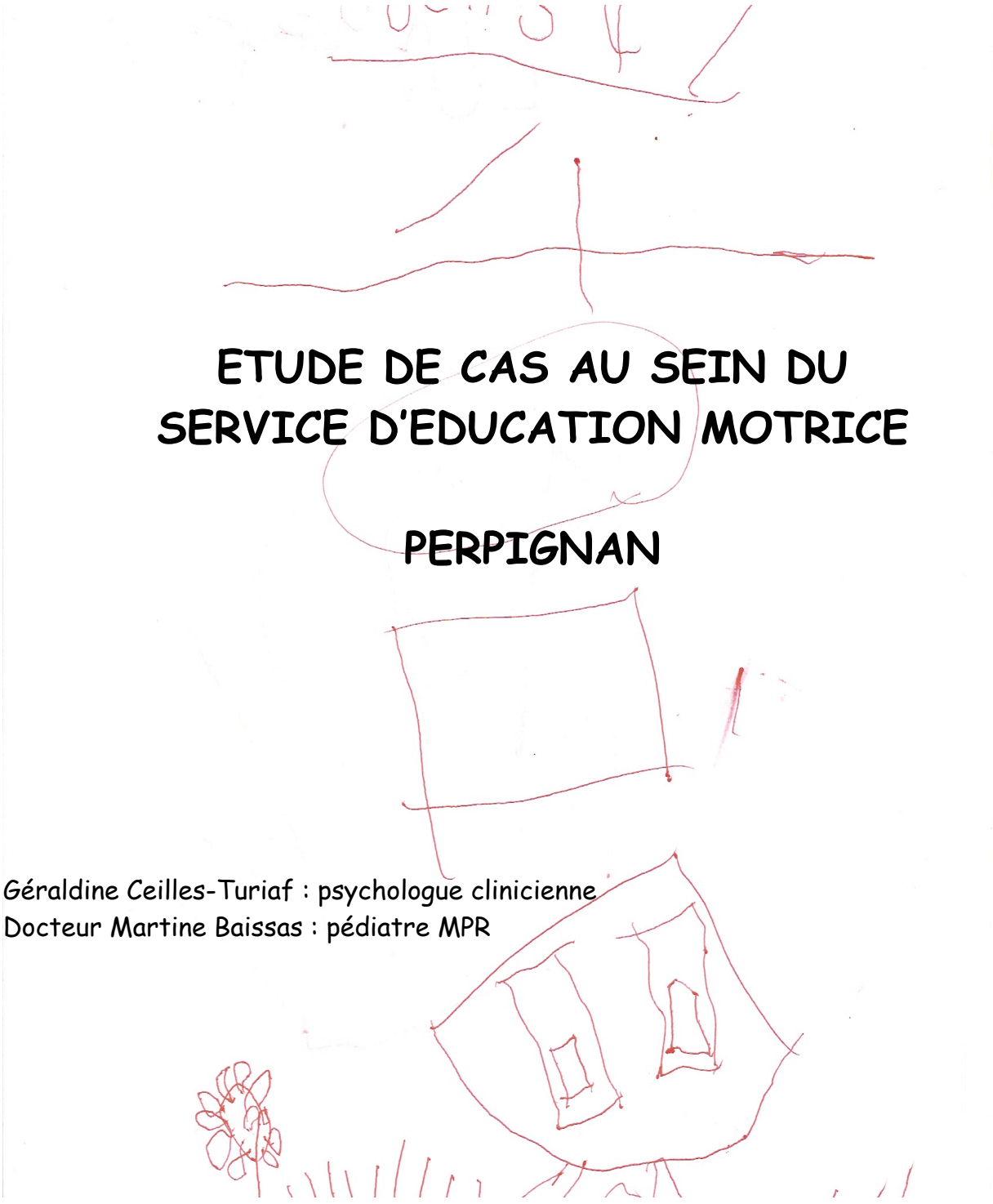
DU Approche Neuropsychologique et Troubles des Apprentissages

2006-2007



ETUDE DE CAS AU SEIN DU SERVICE D'EDUCATION MOTRICE

PERPIGNAN

Géraldine Ceilles-Turiaf : psychologue clinicienne
Docteur Martine Baissas : pédiatre MPR

A- Les bases théoriques

I) Malformation d'Arnold Chiari
II) Le TDAH
  1) Définition
  2) Les régions cérébrales impliquées
  3) Le diagnostic positif
    a) Les critères de diagnostic
    b) Les symptômes associés
III) Le syndrome d'Asperger : trouble envahissant du développement

B- Le cas clinique

I) L'anamnèse
  1) Antécédents familiaux
  2) Antécédents personnels
II) L'évaluation
  1) Les bilans réalisés à l'hôpital
  2) Le bilan neuropsychologique en libéral
  3) Le SEM : bilan, PEC, observation
    a) L'objectif de la PEC en ergothérapie
    b) L'objectif de la PEC en psychomotricité
    c) L'objectif de la PEC en orthophonie
    d) L'objectif du soutien scolaire spécialisé
    e) L'accompagnement psychologique
    f) Le suivi éducatif
III) Nos réflexions
  1) Sur le plan anatomique
  2) Sur le plan génétique
  3) Au niveau du TDAH
  4) Au niveau de la dyspraxie
  5) Influence des relations intra-familiales
  6) L'hypothèse de syndrome d'Asperger
IV) Retentissement des troubles sur la scolarité
  1) Préciser le diagnostic pour améliorer le suivi
  2) Retentissement sur les apprentissages
    a) Lecture
    b) Ecriture
    c) Mathématiques
  3) Retentissement social
  4) Remédiation

CONCLUSION

Nous travaillons toutes les deux dans un Service d'Education Motrice, un SESSAD qui accueille des handicapés moteurs : 43 jeunes entre 6 et 18 ans actuellement (cela peut varier d'une année sur l'autre en nombre et en âge).
L'handicap est variable d'un enfant à l'autre et là aussi peut varier avec les années :
70% ont une atteinte des 4 membres
20% une hémiplégie
30% ont eu au moins une crise d'épilepsie
50% sont IMC
20% ont une maladie évolutive
70% ont une ou deux voire 3 pathologies surajoutées à type de pathologie urologique ou rénale, respiratoire ou cardiaque
50% ont des problèmes de poids : surcharge 25%, insuffisance pondérale 25%
65% une dyspraxie *dont une enfant qui a une dyspraxie pure au sens de non associée*
Un seul enfant, orienté par la MDPH en juin 2006, sort du « lot » : c'est de lui que nous avons choisi de parler.

Nous présenterons d'abord les bases théoriques puis le cas de L. et nos questionnements. Nous aborderons les retentissements sur les apprentissages et les remédiations à envisager.

A. Les bases théoriques

I) Malformation d'Arnold Chiari

La malformation d'Arnold Chiari type I se caractérise par un étirement du cervelet et un déplacement caudal des amygdales cérébelleuses au travers du foramen magnum,

Elle est liée à une perturbation lors de la phase de neurulation pendant la quatrième semaine de gestation lors de la différentiation neurale de l 'épiblaste médian quand le tube neural se forme.

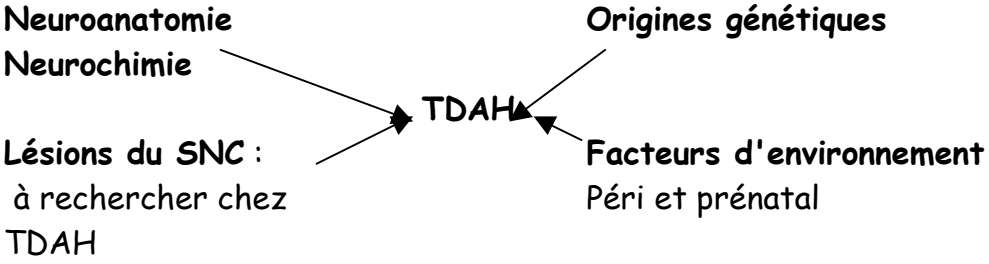
Chez l'enfant, cette malformation est généralement asymptomatique ou accompagne des troubles des apprentissages.

Chez les adolescents et les jeunes adultes cette malformation peut provoquer des maux de tête et développer des paralysies des nerfs crâniens voire une syringomyélie (présence de cavité kystique dans la moelle épinière).

II) Le TDA H

1) Définition

Le TDAH est un désordre comportemental hétérogène avec des facteurs étiologiques multiples.



On distingue 3 formes clinico anatomiques :
De façon constante, même dans la forme attentionnelle pure, il existe une composante d'impulsivité qui a des retentissements sur les résultats scolaires

TDA	TDA H	TDA H
Forme attentionnelle pure Surtout chez fille	Forme hyperactive pure Très rare	Forme mixte Surtout chez garçon

4ème forme
Avec trouble des conduites :

? le trouble des conduites simple comorbidité ou forme symptomatique ?

2) les régions cérébrales impliquées

- Le cortex préfrontal oriente l'attention dans les domaines où c'est nécessaire.

- Le gyrus cingulaire fait passer l'attention d'un domaine à l'autre plus utile ou plus intéressant : il sert à inhiber.

Chez l'hyperactif, cette inhibition n'existe pas et il n'y a pas, semble-t-il, d'activation du gyrus cingulaire.

- Le Noyau caudé et le Cortexorbitofrontal agissent dans l'affection et le désir, de façon conjointe et liée. Ils sont impliqués dans l'aspect motivationnel en lien avec l'action, la punition, la récompense.

- Le Cervelet intervient dans la motricité et l'automatisation.

3) Diagnostic positif

a) Les critères de diagnostic :

- DSM IV : trouble chronique existant depuis plusieurs mois associant 6 symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité retrouvés dans au moins 2 contextes différents (maison, jeux, école), débutant avant 7 ans (parfois bien plus tôt) et ayant un retentissement sur le fonctionnement de l'enfant.
- CIM 10

• **déficit d'attention :** difficultés à se concentrer, facilement distrait
paraît ne pas écouter
perd ses objets de travail
ne termine pas ce qu'il entreprend, ne filtre pas les distracteurs

• **impulsivité**
n'attend pas son tour, est impatient
se précipite pour répondre
interrompt souvent les conversations
passe d'une activité à l'autre, incapacité à tenir en place, ne filtre pas les distracteurs
à l'inverse, peut être très concentré sur une activité qui l' intéresse, il perd alors la vigilance (il ne perçoit plus les distracteurs : par exemple l'appel des parents)
a du mal à organiser son travail
ne peut se conformer aux ordres
est incapable de prévoir les conséquences de ses actes

• **hyperactivité motrice**
court et grimpe, s'agite, ne reste pas assis
ne joue pas en silence
prend des risques
dans les formes sans hyperactivité en particulier chez la fille : il apprend à se faire oublier

b) Les symptômes associés

Isolé dans 31% des cas, le TDAH est plus souvent associé avec :

• une fragilité des affects
• une intolérance aux frustrations
• des troubles oppositionnels 40%
• un trouble anxieux 34%
• des tics 11%
• des troubles de l'humeur 4%
• un trouble du sommeil
• des troubles des apprentissages

III) Le syndrome d'Asperger : trouble envahissant du développement

Le début des troubles est précoce (toujours avant trois ans), et ils durent toute la vie.

Le diagnostic est clinique et s'appuie sur la triade suivante (6 items sont nécessaires et les troubles doivent débuter avant 3 ans) :

◊ Déficience qualitative des **interactions sociales** réciproques (besoin de 2 items au moins)
- pas d'utilisation des interactions (contact oculaire, gestualité)
- incapacité de relations avec les pairs
- manque de réciprocité au relation d'autrui
- pas de partage des plaisirs et intérêts

◊ Déficience de la **communication** verbale et non verbale (besoin de 1 item au moins)
- retard ou absence de langage oral sans communication par geste ou par mimique
- incapacité dans les conversations
- usage stéréotypé et répétitif du langage
- absence de jeu de « faire semblant » ou de jeu d'imitation sociale

◊ Déficience des activités **imaginatives** (besoin de 1 item au moins)
- centres d'intérêts stéréotypés et restreints

- adhésion compulsive à des habitudes ou rituels spécifiques non fonctionnels
- stéréotypies
- préoccupations par des éléments non fonctionnels d'objets (odeurs, bruits, vibrations..)

Chez l'enfant Asperger, il y a un trouble de la qualité des interactions sociales avec une intelligence conservée.
C'est un enfant qui regarde peu dans les yeux mais qui peut avoir un regard fixe qui transfixie.
Le plus souvent, on retrouve un trouble de la motricité globale et fine, un délai d'apparition du langage oral sans retard de langage : ce qui dysfonctionne dans le langage c'est la pragmatique.
Intarissable sur le sujet qui l'intéresse, l'enfant ne décode pas les signaux non-verbaux (ex :ça suffit).
Il perçoit le monde par le détail, a besoin de temps pour mettre en place une vision globale.
Il est toujours dans ce qui est juste, il suit la règle et dit ce qu'il pense.

Pour certains, le syndrome d'Asperger se rapproche de la dysphasie sémantico-pragmatique.
Certaines hypothèses biocliniques invoquent un dysfonctionnement cérébelleux et retrouvent sur le plan anatomique une atrophie de certains lobules cérébelleux. Ces régions interviennent dans l'engagement et le désengagement de l'attention.

Les troubles peuvent être améliorés par la Ritaline quand il y a une composante d'inattention.

B Le cas clinique

I) L'anamnèse :

1) Antécédents familiaux :

L. est né le 12 juillet 1999 dans une famille recomposée. Monsieur a une fille aînée (E) née en 1984 issue d'une première union.
L. a 3 autres sœurs nées respectivement en 1987 (A), 1988 (M), 1991 (S).

A propos de M, les parents signalent dès la prime enfance des troubles du comportement, des maux de tête, des acouphènes, un autisme a même été évoqué puis infirmé lors d'une consultation hospitalière sur Montpellier. Elle a été suivie par deux pédopsychiatres et est actuellement suivie par le CMP.
Aucune des sœurs n'a eu d'IRM.
M est scolarisée en internat semaine en BEP, sa sœur plus jeune S l'a suivie.
Donc en semaine, seuls restent à la maison A et L.

La maman (49 ans) travaille comme infirmière libérale, elle a repris son activité professionnelle en 2000 après s'être arrêtée plusieurs années.
Le papa (48 ans), gendarme, a alors pris sa retraite anticipée pour s'occuper de L. Il regrettait de ne pas avoir pu s'occuper de ses filles et a donc choisi de « rester à la maison ».

La maman dit avoir été dyslexique et hyperactive, elle dit avoir été traitée à l'époque sur Marseille et ne se plaint pas de séquelles particulières.
Les parents sont attentifs, centrés sur L, ils racontent ce qu'ils vivent au quotidien, les « exploits » de L (langage, actes), il n'y a pas d'inquiétude majeure par rapport à son devenir. Par contre ils sont sensibles et vigilants à sa scolarité, à son intégration et à la manière dont les professionnels s'occupent de leur fils.

2) Antécédents personnels :

Un **placenta praevia** a motivé 3 hospitalisations successives pendant la grossesse et a été à l'origine d'un **accouchement prématuré à 8 mois** de grossesse.
L'apgar à 10/10/10
Le poids 3030g
La taille 48
Le PC 34
Pendant les premières années de vie, les parents parlent d'un enfant au sommeil perturbé, agité dans la journée. La marche a été acquise à 11 mois, le langage s'est instauré tardivement avec des troubles de l'articulation persistants au-delà de 3 ans.

Les premières inquiétudes apparaissent en première année de maternelle : la maîtresse signale :

- Des troubles du comportement : agitation
- Un retard de langage
- L'absence d'acquisition et d'apprentissage au fil des mois

Un premier bilan est fait chez l'ORL : il a lieu en octobre 2003 et révèle une otite séreuse sans autre trouble de l'audition. Une prise en charge orthophonique est débutée en libéral.
Le bilan ophtalmo est négatif.
Alors qu'il est en moyenne section de maternelle, il est adressé par l'ORL en consultation hospitalière à Montpellier : Service de Neuro-Pédiatrie, Docteur Cheminal.
Dès la première consultation (janvier 2004) un diagnostic d'hyperactivité avec trouble attentionnel est évoqué ainsi qu'une association avec des difficultés motrices (le graphisme est très décalé par rapport à son âge). Un traitement par Ritaline et des bilans complémentaires (psychométrique et IRM) sont proposés.

L'IRM réalisée en septembre 2004 montre
d'une part :

- l'absence d'asymétrie droite gauche
- l'absence de trouble de la giration ou de dysplasie focale
- l'absence d'anomalie de corps calleux
- l'absence d'anomalie du signal T2 de la substance blanche

et d'autre part :

- une méga grande citerne
- une anomalie de la charnière cervico-occipitale : **malformation d'Arnold Chiari de type I** (absence de syringomyélie décelable)

II) L'évaluation

1) Les bilans réalisés à l'hôpital

L a été suivi avec régularité depuis au CHU de Montpellier, il est traité par Ritaline, traitement débuté en janvier 2004, pris tous les jours sauf pendant les vacances d'été. Différents bilans ont été réalisés (sous Ritaline).

Date	Age	Nature examen	Résultats	Remarques lors de l'examen
21/10/03	4 ans 2 mois	PMI moyenne section maternelle	Suivi orthophonique en cours Bonhomme tétard Audition RAS Vision : OG 6/10 ; OD 8/10	Bilan psycho moteur à revoir en visite médicale pour troubles de l'attention et troubles du langage

19/01/04	4 ans 6 mois	Compréhension de mots isolés	3 ans 9 mois 1ère désignation	4 ans 9 mois si attention stimulée
		graphisme	Niveau très décalé % age	
26/04/04	4 ans 9 mois	WPPSI	QI V 74 QI P 64	Très pénalisé par les difficultés attentionnelles et praxiques
		Bilan pédagogique	Bonne connaissance des concepts de base Activité graphique et visuospatiale chutées Expression orale difficile	Ordinateur préconisé Effet de la Ritaline positif Poursuite du traitement recommandée
06/09/04		Bilan scolaire	Trouble du langage, du graphisme, de l'attention, retard intellectuel	Est sous Ritaline
10/09/04	5 ans 2 mois	IRM	Arnold Chiari de type 1	
01/06/05	5ans 11 mois	WPPSI	QI V 61 QI P 101	Impulsivité des réponses, Persistance des difficultés attentionnelles Demande expresse d'utiliser l'ordinateur
		Bilan pédagogique	Compréhension, conscience syllabique et discrimination visuelle : RAS Difficultés d'attention Défaut de prononciation Graphisme de type dyspraxique	Conseil utilisation ordinateur

9/11/06	7ans 4 mois	Bilan pédagogique	**Lecture oralisée** : niveau 1° trimestre CE1 Compréhension correcte Expression écrite gênée par l'écriture manuelle **Mathématiques :** niveau juste en raison de difficultés de calcul (pose des opérations) Raisonnement correct	Favoriser l'utilisation de l'ordinateur Introduire la calculatrice

Ce tableau récapitule les éléments fournis par les courriers issus de l'hôpital
Ce sont les seuls éléments de compréhension et de conseils à notre disposition .

2) Le bilan neuropsychologique en libéral

En septembre 2005, une prise en charge neuropsychologique en libéral est mise en place par la famille à raison d'une heure par semaine.
Un bilan neuro-psychologique est effectué en avril 2006 à 6ans 7 mois

- L'efficience intellectuelle globale au WISC IV se situe dans la moyenne de son âge sans différence significative entre les performances verbales et non verbales
- Indice de compréhension verbale à 108 homogène avec cependant une note de 14 à Similitudes
- Bonnes capacités de conceptualisation et de catégorisation verbale, habiletés linguistiques tout à fait correctes

L'ensemble de ces épreuves est pénalisé par les difficultés de canalisation de L.

- Les épreuves non verbales sont homogènes et dans la moyenne de la classe d'âge avec le subtest Cubes à 14 (seul chiffre donné)
- Les aptitudes de conceptualisation et de raisonnement non verbal sont dans la moyenne
- Les gnosies visuelles sont préservées

Ces épreuves sont également pénalisées par l'impulsivité

- La vitesse de traitement et la mémoire de travail se situent à la moyenne inférieure : l'augmentation de charge cognitive entraîne des difficultés de traitement associé
- Les compétences en arithmétiques sont correctes
- A noter :
    - sa capacité à se corriger

    - ses commentaires nombreux faisant preuve d'une imagination débordante
    - ses stratégies d'exploration aléatoires
    - la difficulté à respecter les consignes
    - la fatigue, la lassitude et le découragement facile face aux difficultés
- les épreuves d'attention et fonctions exécutives montrent des résultats dans la moyenne de sa classe d'âge mais confirment les observations comportementales précédentes
    - la tendance à enfreindre les règles
    - l'impulsivité
    - les stratégies exploratoires aléatoires
    - les bonnes capacités en raisonnement non verbal
    - la difficulté lors des taches associant visuel et geste fin
    - sa capacité à se contrôler au test de la statue
- les fonctions sensori motrices
    - fatigue soudaine excessive invoquée
    - séquences gestuelles non terminées
    - épreuve de précision visuomotrice : nombreuses erreurs de franchissement
- les fonctions visuospatiales
    - Bonne analyse des relations spatiales
    - Pas de difficulté visuo-constructive

Le bilan neuro psychologique montre donc des capacités intellectuelles dans la moyenne malgré un comportement impulsif et des troubles attentionnels majeurs qui sont présents pour l'ensemble des tâches cognitives proposées.

3) le SEM : bilan, PEC, observation

L. a été pris en charge par le SEM dès mai 2006, L. était alors en CP et en difficulté importante au niveau scolaire. Si ses résultats étaient dits dans la moyenne inférieure, son comportement semblait difficile et mettait en danger son intégration scolaire. C'est donc en priorité dans ce registre qu'il a été important d'intervenir. Il était important de rassurer l'école.
Il fallait permettre à L. un vécu plus positif du milieu scolaire et travailler autour de ses troubles « dyspraxie et troubles attentionnels massifs ».
Lorsqu'il est entré au SEM, il a été mis en place : 1 séance d'orthophonie, 2 séances d'ergothérapie, un suivi psychologique et un accompagnement éducatif. Depuis septembre 2006, il a chaque semaine 1 séance d'orthophonie, 1 d'ergothérapie, 1 de psychomotricité, 1 suivi psychologique, 1 soutien scolaire avec la MIS (maître itinérant spécialisé) et un suivi éducatif.

a) L'objectif de la PEC en ergothérapie

Cette PEC se déroule dans le cadre de l'école. L. est décrit comme attentif et concentré, capable de s'approprier les aides proposées.
Les difficultés attentionnelles n'apparaissent que lors des exercices d'écriture et cela même à l'ordinateur.
La PEC est orientée sur l'amélioration de l'utilisation de l'ordinateur et la mise en place de stratégies visant à améliorer la planification des diverses tâches.

b) L'objectif de la PEC en psychomotricité

Elle se déroule elle aussi sur l'école. L. est décrit comme étrange, dans sa bulle. Il est participant et persévérant, avec un trouble de l'attention et de la concentration ainsi que de la motricité fine. Il est bien situé dans l'espace et le temps. Ses gestes sont brusques, impulsifs maladroits (un peu raide) ce qui retentit sur le graphisme.
Un temps de relaxation et de prise de conscience du corps améliore sa participation dans la suite de la séance.

c) L'objectif de la PEC en orthophonie

Elle est réduite depuis septembre à une séance par semaine.
Le bilan de langage oral ne montre pas de difficulté particulière tant sur le versant expressif que réceptif.
Le bilan de langage écrit est également satisfaisant.
Le travail est axé sur le raisonnement, les contenus de pensée et les mathématiques.

d) L'objectif du soutien scolaire spécialisé

La MIS intervient depuis septembre 1 fois par semaine. Elle présente L. comme un élève vif, intelligent et curieux qui rencontre des difficultés d'apprentissage en lien avec ses troubles d'attention et d'organisation.
La lecture et la compréhension sont bonnes. L'orthographe à l'ordinateur est satisfaisante.
L. possède une connaissance des nombres et un raisonnement corrects mais des difficultés d'ordre spatial lors des opérations ou lorsqu'il faut utiliser des grilles ou des tableaux.

La MIS a mis en place un support de couleurs et travaille sur des logiciels adaptés et sur des stratégies verbales pouvant être reprise par l'AVS.
Elle note que par rapport au début de l'année L. est plus calme, plus attentif moins perturbant pour la classe et qu'il est capable de progression. Les stratégies mises en place semblent l'aider.

e) L'accompagnement psychologique

Il a été mis en place afin de mieux cerner le vécu de L. tant au niveau de sa scolarité que de ses troubles et de ses conséquences.
Ses parents le décrivaient comme un enfant agité (même sous traitement) et impossible à gérer pendant les périodes de vacances où le traitement était suspendu. Ils décrivaient des conduites à risque, surtout dans la petite enfance (veut faire comme superman et se met au bord de la fenêtre pour voler, se jette littéralement du haut de l'armoire…), qui peuvent ressurgir lorsque L. est interpellé par une émission télé par exemple. Les parents décrivent même que lors des évènements du 11 septembre 2001, L. alors âgé de 2 ans aurait été saisi, comme pétrifié par les images télévisuelles et qu'il en aurait perçu le sens avec une sensibilité exacerbée.
Dans le discours parental il ressort que L. présente une tendance à tout comprendre au premier degré, avec un accès difficile à l'implicite et une agitation constante à la maison.
Sur le plan social, L. se révèle assez isolé avec des difficultés à établir des liens amicaux et à se comporter de manière adaptée dans les groupes (« en décalage »).

Dès le départ du suivi psychologique, le contact avec L. est difficile à établir. Le regard est fuyant, L. montre peu d'intérêt pour l'adulte mais par contre accepte les tâches proposées. Il se montre en difficulté d'élaboration sur du matériel projectif, et est plus rassuré lorsque le travail proposé est d'ordre cognitif. On note que les figures d'identifications parentales sont floues, que l'anxiété n'est pas majeure, mais qu'il s'agit plutôt d'une difficulté à se situer dans la dynamique familiale.
L. peut « inventer » des histoires mais celles-ci sont peu cohérentes, sans interaction ni échange avec la psychologue. L. se lance dans des monologues construits à partir d'éléments de sa réalité mais non ordonnés dans son discours et dans sa pensée. Il fait preuve de peu d'analyse critique, et l'échange avec lui s'avère complexe dans la mesure où ses réponses ne sont pas toujours appropriées, et où il est difficile à suivre dans son cheminement verbal. En fait, il est bien plus à l'aise dans des tâches pré organisées.

Un travail d'évaluation spécifique de l'attention a alors été proposé à l'aide d'un matériel informatique : TIFA (Test Informatisé des Fonctions Attentionnelles) qui s'est déroulé sur plusieurs séances. L. est sous Ritaline pour cette évaluation.
Dans ce travail L. s'est montré volontaire, concentré et désireux de bien faire.
Les résultats montrent que L. a un déficit très prononcé au niveau de l'attention partagée en mode visuel ou en mode visuel/auditif alors que les autres niveaux testés (Temps de réaction en mode visuel et auditif, Attention soutenue mode visuel et auditif, Attention sélective mode visuel) sont tout à fait préservés et même de bonne qualité.
La double tâche est très pénalisante pour cet enfant, mais dès qu'on lui donne la possibilité de comprendre le mécanisme sous-jacent à la tâche à effectuer (mode d'emploi, comment faire), il peut être davantage en réussite.

Les différentes observations cliniques autour de cet enfant, ont amené à des questionnements tant au niveau de sa personnalité que de son fonctionnement cognitif.

f) Le suivi éducatif

Il s'agit, au niveau éducatif, de faire le lien entre l'école, la famille et le service ainsi qu'avec les possibles lieux d'intégrations sociales et activités périscolaires.
L'éducatrice note les progrès obtenus au niveau de l'école : L. est mieux accepté par la maîtresse comme en récréation. Toutefois, elle note le besoin de travailler en petits groupes son intégration afin qu'il puisse mieux comprendre les intéractions avec les autres, qu'il puisse se positionner au mieux à l'intérieur d'un groupe.
Elle rappelle la nécessité de prendre en compte sa fatigabilité.

III) Nos réflexions

1) Sur le plan anatomique :

L. présente une malformation d'Arnold Chiari de type I : anomalies de la charnière cervico-occipitale avec franchissement des amygdales cérébelleuses sans syringomyélie.
Il s'agit d'une malformation qui survient tôt dans le développement cérébral (4° semaine) et qui est donc susceptible d'influer sur le développement du cerveau.
On peut donc se poser la question du lien entre cette atteinte et les troubles de la coordination, de la planification, de la motricité fine et du rythme.

2) Sur le plan génétique

La maman et deux des sœurs de L. ont eu des troubles des apprentissages et au moins, pour une des sœurs, des troubles de la relation.
On peut, là encore, se poser la question d'une transmission génétique d'autant plus que l'on connaît l'influence du facteur génétique dans des pathologies comme le TDA ou l'autisme.

3) Au niveau du TDAH

Le trouble de l'attention, l'impulsivité et l'hyperactivité, malgré une certaine amélioration, sont retrouvés au quotidien par l'ensemble des professionnels.

4) Au niveau de la dyspraxie

Nous l'avons vu, L. nous a été adressé pour une dyspraxie avec trouble de l'attention. Or les différents bilans montrent une absence de trouble visuo-spatial et visuo-constructif. Par contre le geste fin et grapho-moteur est déficitaire.
Lors de la passation du WISC IV, c'est dans les épreuves qui sollicitent la motricité fine, la coordination, le rythme, les variations de vitesse que les troubles de l'attention et la fatigue ont été les plus importants.
On peut donc penser que c'est l'organisation et la planification du geste qui sont touchées.
On retrouve d'ailleurs ce genre de difficulté dans les autres domaines comme l'organisation et l'enchaînement des actions, du discours et de la pensée.
L. est également en grande difficulté lorsqu'il doit partager son attention entre deux stimuli, qu'il doit organiser son fonctionnement cognitif en fonction de la tâche à accomplir. Par contre cette difficulté s'amoindri lorsque une stratégie lui est proposée et que la tâche est préorganisée pour lui (apport d'une stratégie pour le déroulement de l'action).
De même, la double tâche amène à une gestion difficile et une fatigabilité importante, minimisées si le déroulement est séquentialisé, ralentit et ordonné. Toutefois, le surcoût en temps perdure.
On observe que au fil des mois L s'approprie les stratégies proposées et devient plus performant.

Les relations sociales sont difficiles pour L. et on peut émettre l'hypothèse qu'il s'agit alors du même type de difficulté à savoir : l'organisation de la pensée et du discours, du jeu dans l'interaction avec l'autre.

Ici, pour cet enfant TDAH, c'est le trouble de la planification et de l'organisation qui interfère de façon majeure dans son fonctionnement cognitif. On peut se poser la question de savoir si cela interfère également dans le secteur relationnel.

5) Influence des relations intra-familiales

L. est le seul garçon de la famille et le « petit » dernier. C'est une position intra familiale particulière qui a très certainement joué un rôle au niveau psycho-éducatif, avec le fait que le papa ait arrêté de travailler pour s'occuper et profiter de cet enfant, sa maman privilégiant le côté professionnel. Actuellement, c'est toujours Monsieur qui s'occupe de la gestion et de l'organisation de tout ce qui concerne L., comme les RDV médicaux, les différentes réunions, le planning des rééducations, etc…
Dans les planches du CAT, on note que les images parentales ne sont pas identifiées clairement, L. ne sachant pas comment se positionner dans la triade oedipienne, il a du mal à construire une image masculine forte et les identifications sont floues.
De plus, nous savons que sa maman et ses sœurs pourraient avoir eu des troubles des apprentissages. L. est alors dans une problématique transgénérationnelle où les troubles cognitifs se transmettraient de mère en fille alors que lui-même en est atteint. Il ne peut donc qu'avoir des difficultés à se situer en tant que figure masculine.
On peut donc gager ici que l'organisation de cette famille met d'emblée l'enfant dans un système où il va devoir se construire au travers d'éléments paradoxaux.

L. est un enfant au contact très particulier. En effet, son regard est fuyant, il regarde rarement son interlocuteur.
L. montre très peu d'intérêt pour l'autre, ne questionne jamais l'intervenant alors qu'il peut se laisser interviewer sans difficulté particulière. Malgré un vocabulaire châtié, son discours est labile et peut contenir plusieurs sujets et idées à la fois. Il est donc souvent difficile de soutenir une conversation avec L. de façon continue.
Les parents notent des difficultés à l'endormissement, des réveils nocturnes pendant lesquels L. rejoint la chambre parentale (il y a d'ailleurs un matelas prévu). Cela est préexistant au traitement par Ritaline.

6) L'hypothèse du Syndrome d'Asperger

Dans le diagnostic de TDAH, la triade est retrouvée par les différents professionnels et dans le discours des parents : Déficit de l'attention, Impulsivité et Hyperactivité.
Les signes associés sont aussi présents comme la fragilité des affects, l'intolérance aux frustrations, les troubles du sommeil ainsi que le trouble des apprentissages.
Un questionnement de tous autour de son mode de relation (il ne regarde pas, il parle sans vraiment écouter l'autre…) nous a fait évoquer l'idée que ces symptômes pouvaient faire partis d'un tableau plus global tel que le syndrome d'Asperger.

En effet on retrouve chez L. un délai tardif d'apparition du langage, des bonnes capacités intellectuelles avec une motricité altérée. Ici le déficit moteur touche l'ensemble de la motricité sur son versant coordination, rythme. Il est susceptible d'amélioration quand les choses sont présentées plus lentement, séquentialisées et répétées.
Au niveau attentionnel, L réussit le test de la statue où aucun mouvement, aucun rythme n'est en jeu : il suffit d'inhiber et maintenir, tâche que L. peut réussir.

Le trouble de la relation pourrait s'ancrer dans le regard fixe, fuyant, dans le manque de réciprocité avec autrui. L. ne montre pas d'intérêt particulier pour l'autre. On remarque aussi chez lui l'étrangeté de son discours avec une pragmatique qui paraît décalée.

L'hypothèse d'un syndrome d'Asperger pourrait être rejetée en regard du suivi antérieur en pédopsychiatrie (CMP) qui n'avait rien révélé de tel.

Cependant, ces éléments de suspicion nous amènent à préciser l'hypothèse d'un syndrome d'Asperger pour cet enfant. Pour cela, il faudrait évaluer :

- la pragmatique du langage, la reconnaissance des visages, des émotions
- l'habileté gestuelle
- l'attention à l'autre
- la perception du mouvement
- la personnalité

IV) Retentissement des troubles sur la scolarité

1) Préciser le diagnostic pour améliorer le suivi

A partir du diagnostic de TDAH et de dyspraxie, des observations sur le terrain et du contact particulier de cet enfant, nous nous sommes interrogées sur la possibilité d'un syndrome plus large : Asperger. Nous avions alors le souci de ne pas passer à côté d'une pathologie relevant du secteur pédopsychiatrique.
Des consultations en CMP ont eu lieu en 2006 et n'avaient rien révélées en ce sens.
Si le regard de L. reste fuyant et son contact particulier, on note des améliorations sur le plan scolaire. Son comportement en classe est adapté, en récréation il semble moins isolé. Ses résultats sont bons en français comme en mathématiques. Il a toutefois toujours besoin de l'AVS et des adaptations. Il utilise l'ordinateur de façon régulière. Lors des rééducations, il est volontaire et participe bien.

Au vu de l'évolution positive de L., la précision diagnostique d'un éventuel Syndrome d'Asperger nous semble moins urgent d'autant que les parents sont très défensifs vis-à-vis de la psychiatrie.
La recherche d'un trouble de la pragmatique du langage nous semble nécessaire à cette étape et un bilan orthophonique sera proposé dans le cadre du service. Cela permettra, dans les rééducations de prendre en compte cet aspect du fonctionnement de L. et d'adapter les propositions éducatives.

2) Retentissement sur les apprentissages

a) Lecture

L. a un niveau de lecture correct avec une bonne compréhension. Il est sensible à l'atmosphère environnante et peut alors interrompre sa lecture. Il a alors besoin d'être reconduit vers sa tâche. Sa lecture est et reste fatigable.
Ici c'est le trouble attentionnel qui est en jeu, en lien ou pas avec un trouble précoce de la perception du mouvement et du traitement temporel.

b) Ecriture

L'écriture est maladroite, fatigable, s'adapte mal à l'espace de la feuille, à l'espace disponible. Il y a une mauvaise coordination et planification du geste.
Ici c'est le trouble dyspraxique qui intervient.
L'ordinateur améliore la production écrite mais ne résout pas la distractibilité, ni toutes les difficultés d'organisation. L. a encore besoin, de manière ponctuelle, de l'accompagnement de l'AVS pour pouvoir se recentrer sur la tâche en cours.

C'est dans cette activité que l'on perçoit le mieux l'imbrication du trouble attentionnel, du trouble du geste et de la planification.

c) Mathématiques

L. ne paraît pas avoir de difficultés particulières au niveau de la numération ou de la compréhension.
Par contre il subsiste une mauvaise organisation dans la pose des opérations ainsi que dans l'écriture. On retrouve ici le trouble de la motricité.
En géométrie, L. est en difficulté au niveau du tracé des figures. Ici le trouble du graphisme allié à la problématique de la planification du geste et de l'action demande à L. beaucoup d'effort et nécessitera, on le verra plus loin, des aménagements spécifiques.

3) Retentissement social

Les troubles particuliers de cet enfant retentissent sur les apprentissages, non pas de façon majeure mais de manière gênante. Sur le plan social, le retentissement du TDAH ainsi que de sa relation particulière au monde peut amener des difficultés importantes.

Sur le plan familial, on note un épuisement parental face à l'activité débordante de L. mais aussi aux comportements « étranges » ou à risque avec une angoisse importante vis-à-vis du danger potentiel dans lequel peut être L. (Saut par la fenêtre par exemple).
De plus, L. a un sommeil agité et réveille sa famille la nuit. Fatigués, ses parents le laissent dormir régulièrement avec eux, ce qui ne permet pas une mise à distance nécessaire, peut perturber la dynamique et les places de chacun dans la famille. Par contre il n'y a pas de sentiments de rejets vis-à-vis de cet enfant mais plutôt une sorte d'étonnement face à lui.
Les choses tournent autour de L. et pour la fratrie cela peut venir réveiller quelques rivalités inconscientes.

Les difficultés de L. peuvent mettrent en échec la vie sociale de la famille et la singulariser, c'est toute le famille qui est en difficulté d'intégration sociale, notamment dans le village.

Au niveau scolaire, le CP a été difficile pour L. En effet, L. était alors vécu comme un enfant très agité, ne voulant rien faire en classe et exclu par rapport au groupe. Ses comportements pouvaient être interprétés comme à risque pour lui-même comme pour les autres. A cette époque, L. était suivi en libéral et l'école n'avait pas connaissance de la réalité des troubles et des adaptations nécessaires ni des capacités certaines de L.
L. était en échec : l'apprentissage de l'écrit était difficile et le reste des apprentissages était affectés par cette difficulté.
L. était alors rejeté tant par le milieu enseignant que par ses pairs, considéré comme « débile ».
L'accompagnement par le SEM a permis au corps enseignant de mieux comprendre la pathologie de cet enfant et de se sentir épaulé dans sa mission. Cet accompagnement a également permis de diminuer les comportements anxieux de L., de diminuer son agitation en le sécurisant d'abord sur ses compétences puis en proposant des adaptations (diminuer la charge graphique, la double tâche). Actuellement, il n'existe plus de comportements à risque à l'école. Dans la cour, il commence même à jouer avec un ou deux camarades de classe.
Le climat cette année est beaucoup plus serein ce qui permet à L. d'être lui aussi plus « adapté ».

Toutefois l'inscription de L. dans des activités de loisirs reste difficile. Inscrit à l'école du cirque, il a eu une période de refus face à cette activité. Ce refus est intervenu au moment où une représentation était prévue. Il s'agissait alors pour les enfants de prendre en compte le contexte extérieur, d'assurer la cohésion du groupe, «d'être ensemble ». Ici, L. a eu du mal à affronter la relation à l'autre.
Les activités de loisirs doivent donc être choisies en fonction des capacités de L. à intégrer un groupe mais également en fonction de ses capacités d'organisation motrice.
Il semble cependant qu'en grandissant et en prenant de la maturité, L. puisse s'appuyer sur des stratégies, sur des acquis et cela avec réussite.

4) Remédiation

Pour accompagner au mieux cet enfant, l'accompagnement pluridisciplinaire du SEM a visé à mettre en place des adaptations afin d'assurer une meilleure intégration scolaire, L. étant alors en danger d'exclusion.
Il s'agit ici de proposer un apprentissage approfondit de l'outil informatique pour les exercices écrits.

Pour les mathématiques, des grilles de numération par couleurs ont été proposées pour aider au repérage dans l'espace mais qui en fait aide surtout L. dans l'organisation de la pose d'opération. Il y a aussi apprentissage de logiciels de géométrie : l'outil informatique, en séquentialisant les actions, aide L. à planifier les tâches cognitives et donc lui permet l'accès à un traitement séquentiel moins coûteux.
L'ordinateur a également l'avantage pour cet enfant de médiatiser la relation.

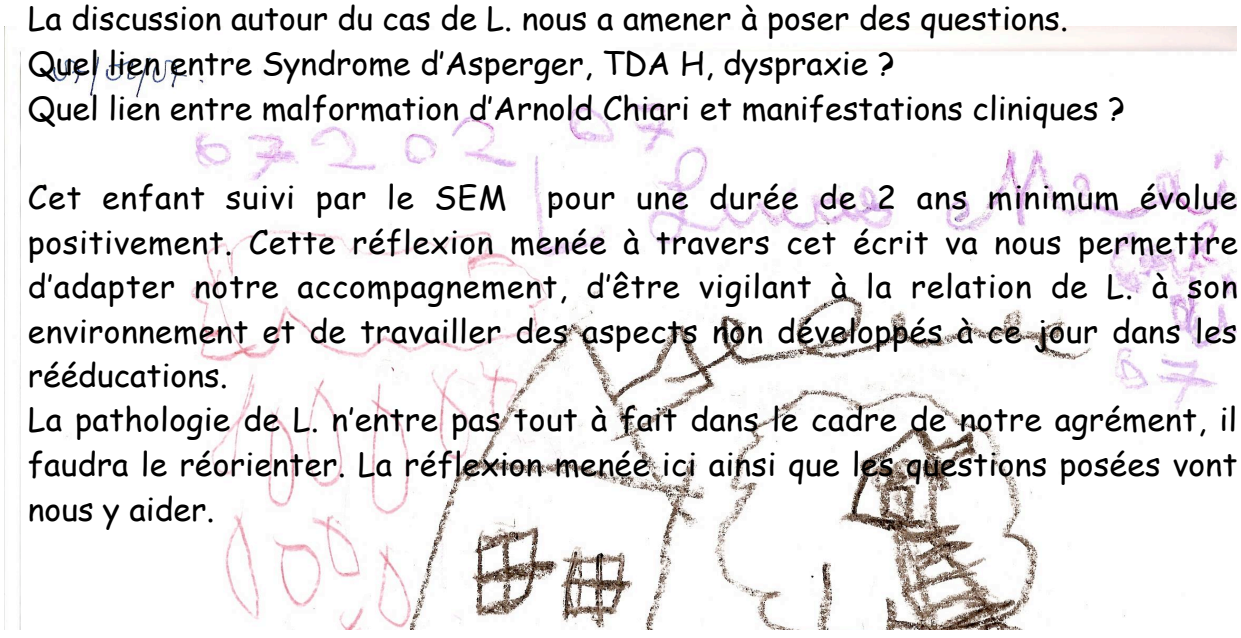
Pour augmenter ses capacités attentionnelles et diminuer les comportements dispersés, il a été récemment mis en place un système de fiches.
Dans un premier temps, il s'agit de donner à L. un « mode d'emploi » de l'action à mener : par exemple la dictée ou le problème de math. En étant écrit, il constitue une trace permanente à laquelle L. peut se référer. C'est en quelque sorte un cadre (action) matérialisé, les autres enfants ayant intégré et automatisé ce cadre. De plus, il donne à L. des repères d'attitudes sur son poste de travail (4 affichettes de pictogramme visant à rappeler l'écoute, le regard…).

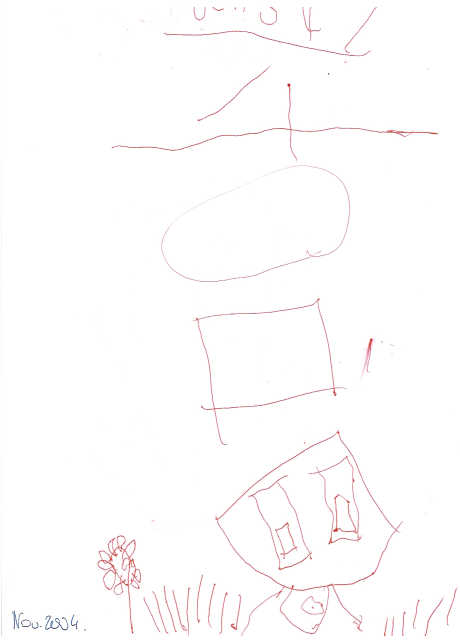
Le travail quotidien de L. lui permet de prendre confiance en ses compétences, d'être moins agité, plus apaisé. Il est capable de se saisir des stratégies proposées.
L'objectif est que L. puisse être un maximum autonome dans l'organisation et la planification des tâches cognitives, soit parce qu'il aura automatisé certaines actions, soit parce qu'il saura utiliser les adaptations nécessaires. C'est aussi par une meilleure connaissance de son fonctionnement et de ses troubles que L. pourra gagner en autonomie et en stratégie.
Sur le plan comportemental il est nécessaire de permettre à cet enfant de renforcer ses capacités relationnelles et son rapport à la réalité.

CONCLUSION

La discussion autour du cas de L. nous a amener à poser des questions.
Quel lien entre Syndrome d'Asperger, TDA H, dyspraxie ?
Quel lien entre malformation d'Arnold Chiari et manifestations cliniques ?

Cet enfant suivi par le SEM pour une durée de 2 ans minimum évolue positivement. Cette réflexion menée à travers cet écrit va nous permettre d'adapter notre accompagnement, d'être vigilant à la relation de L. à son environnement et de travailler des aspects non développés à ce jour dans les rééducations.
La pathologie de L. n'entre pas tout à fait dans le cadre de notre agrément, il faudra le réorienter. La réflexion menée ici ainsi que les questions posées vont nous y aider.





10/05/06

07/02/07.